

**I - Informações sobre a enfermidade ou problema de saúde, por meio de apresentação da linha terapêutica padronizada no Sistema Único de Saúde (SUS) para patologia correspondente à Classificação Internacional de Doença (CID) que acomete o requerente da ação judicial;**

Segundo laudo médico e demais documentos apresentados, o requerente tem nove anos (DN: 19/03/2012), reside no município de Nova Andradina, é portador de Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, Transtorno opositor desafiador (CID10: F90 – Transtornos hipercinéticos; F91.3 – Distúrbio desafiador e de oposição). Solicita o medicamento Risperidona 2mg 3 comprimidos/dia para o seu tratamento.

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), ou transtorno hipercinético, é o tipo de transtorno do neurodesenvolvimento mais comum na infância que é caracterizado por problemas de desatenção, hiperatividade e impulsividade podendo também estar presente na idade adulta. Em uma revisão sistemática com meta-análise de 175 estudos de prevalência de TDAH em diferentes continentes, estimou-se que a prevalência mundial de TDAH era de 7,2%, enquanto revisão de literatura encontrou prevalências que variaram de 3% a 8%. Estudos recentes mostraram que existe grande variabilidade na frequência de TDAH no mundo, devido principalmente ao critério diagnóstico utilizado, às características metodológicas dos estudos e à fonte de informação (por exemplo, atenção primária versus encaminhamento). Dos subtipos de TDAH existentes, o subtipo combinado representa 50% a 75%, o subtipo desatento, 20% a 30% e o subtipo hiperativo-impulsivo, 15% do total de indivíduos com TDAH, respectivamente. Com o tempo, os sintomas de desatenção tendem a persistir, enquanto os sintomas de hiperatividade-impulsividade tendem a diminuir. Ademais, a taxa de prevalência é maior no gênero masculino, sendo 2,1% maior em homens do que em mulheres 1% (proporção de homens para mulheres de 4:1 para o subtipo hiperativo e 2:1 para o subtipo predominantemente desatento).

No Brasil, poucos estudos exploraram a prevalência de TDAH. Similarmente ao observado em estudos internacionais, observou-se uma frequência diversa da condição, que variou entre 7,6% a 20,4% em crianças e adolescentes em diferentes cidades brasileiras. Entretanto, estes estudos incluíram pacientes de diferentes faixas etárias, o que pode ter contribuído para a diferença observada. As alterações comportamentais do TDAH têm início durante o período de desenvolvimento e frequentemente se inicia antes do período escolar.

Estas alterações comportamentais frequentemente estão presentes em diferentes contextos, podendo resultar em prejuízos afetivos, em interações sociais, acadêmicas e ocupacionais. O TDAH pode levar a prejuízos escolares, ao aumento de acidentes de trânsito, ao abuso de drogas e à maior frequência de gravidez na adolescência ou de infecções sexualmente transmissíveis. **(Relatório de recomendação nº 601 – Lisdexanfetamina e metilfenidato para o tratamento do TDAH em crianças e adolescentes entre 6-17 anos. CONITEC, março/2021)**

O **Transtorno de Conduta (TC)** é caracterizado por padrões repetitivos e persistentes de comportamento, com violação dos direitos de terceiros e normas ou regras da sociedade. Ele está incluído no novo capítulo do DSM-5, Transtornos disruptivos, controle de impulsos e conduta, com problemas no autocontrole do comportamento e das emoções. Este capítulo inclui também o Transtorno Desafiador de Oposição (TDO), geralmente relacionado ao desenvolvimento de um possível resultado de um TC de início precoce. Nesse caminho do desenvolvimento, o primeiro distúrbio a aparecer é geralmente o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que afeta não apenas a apresentação e a história natural, mas também as estratégias de tratamento.

Irritabilidade e / ou agressão na TC definem subgrupos de pacientes com necessidades específicas de diagnóstico e tratamento. A irritabilidade é um déficit na regulação emocional e um

baixo limiar para a raiva em resposta à frustração. A irritabilidade episódica e crônica são apresentações separáveis e permanecem substancialmente estáveis ao longo do tempo. A irritabilidade grave, independentemente de episodicidade ou cronicidade, foi primeiramente considerada um possível fenótipo relacionado à idade da mania pré-puberal. Pesquisas subsequentes mostraram que a irritabilidade episódica está relacionada principalmente ao transtorno bipolar (TAB), enquanto a irritabilidade crônica está associada ao TDO ou transtorno de desregulação do humor disruptivo (TDHD).

O Transtorno Desafiador de Oposição apresenta subdimensões distintas, irritável, obstinado (violações de regras, propositadamente irritantes) e doloroso (sendo um comportamento vingativo e maldoso), que delinea caminhos diferenciais para diferentes resultados psiquiátricos negativos. A subdimensão irritável (ou afetiva) está prospectivamente associada a problemas de internalização e, em menor grau, ao TC, enquanto as dimensões comportamentais preveem o TC.

A fim de limitar o risco de um diagnóstico excessivo de Transtorno Bipolar (TAB), com base em resultados prospectivos, crianças com irritabilidade crônica, humor negativo e explosões de humor foram primeiramente incluídas em um diagnóstico temporário de Desregulação Grave de Humor e, em seguida, em um novo DSM -5 categoria de diagnóstico, Transtorno de Desregulação do Humor Disruptivo (TDHD), no capítulo de Transtornos Depressivos. O status nosológico do TDHR ainda é debatido e, mais recentemente, de acordo com uma proposta diferente para a próxima Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), essas crianças foram interpretadas como um subtipo de Transtorno Desafiador de Oposição com irritabilidade crônica/raiva. Quando essas crianças evoluem para TC, elas podem apresentar características clínicas específicas (ou seja, agressão impulsiva e emocional, sintomas/distúrbios internalizadores comórbidos) e necessidades terapêuticas (ou seja, eficácia de intervenções comportamentais e psicossociais precoces).

Agressão não implica um diagnóstico de transtorno de conduta. Outros transtornos mentais (ou seja, humor, personalidade, transtornos psicóticos ou pós-traumáticos) devem ser descartados, mas também podem ser comórbidos para um TC. A agressão pode variar de acordo com a gravidade, tipo (verbal, físico contra objetos, contra si mesmo e contra outras pessoas) e estado emocional associado. Dois subtipos de agressão foram descritos, proativos e reativos, com uma ampla gama de condições mistas. O primeiro está associado ao comportamento predatório planejado, direcionado a objetivos, à expectativa de recompensa ou para alcançar um objetivo, insensibilidade e falta de empatia e resultados antissociais. O segundo está associado a comportamentos impulsivos, que quebram regras e assumem riscos. Quando o TDO está relacionado ao TC subsequente ou associada, a dimensão obstinada está principalmente relacionada ao TC com comportamentos de agressão e quebra de regras, enquanto a dimensão prejudicial está relacionada ao TC com agressão predatória e insensibilidade. **(Recommendations for the pharmacological management of irritability and aggression in conduct disorder patients.** Pisano S, Masi G. Expert Opin Pharmacother. 2019 Oct 30:1-3)

## **II - Tratamentos realizados e alternativas de tratamentos possíveis;**

O tratamento de TDAH se baseia em uma abordagem compartilhada, abrangente e multiprofissional que engloba as necessidades psicológicas, comportamentais e necessidades educacionais ou ocupacionais. Frequentemente inclui a terapia farmacológica e comportamental, de modo isolado ou combinado, e deve compreender também abordagens educativas aos pacientes e aos familiares. Independentemente da abordagem adotada, existem evidências de que o tratamento, quando iniciado precocemente, resulta em melhor prognóstico e menores problemas durante a vida adulta.

Previamente à definição do tratamento, é necessário avaliar outros fatores que podem contribuir para o sucesso do tratamento, como o ambiente psicossocial em que o paciente está inserido, como a estrutura familiar, histórico de abuso de substâncias, assuntos legais, possibilidade de acesso a medicamentos, entre outros. Estes problemas não serão resolvidos pelo tratamento farmacológico, mas intervenções não farmacológicas, educação em saúde e apoio de serviços

sociais podem reduzir os efeitos destas questões.

O tratamento não farmacológico envolve uma variedade de abordagens, como intervenções dietéticas, que inclui a introdução de suplementos ou restrições/ exclusões alimentares; intervenções comportamentais, que podem envolver somente o paciente ou incluir os familiares; e terapias neurocognitivas, como neuro feedback, intervenções treinamento de memória operacional, entre outras.

A qualidade da evidência que suporta as intervenções não farmacológicas varia de tratamento para tratamento. Atualmente, as intervenções comportamentais são as mais bem estabelecidas e frequentemente utilizadas como tratamento psicológico. O tipo mais adequado dependerá da idade do paciente.

Embora o tratamento farmacológico seja recomendado em diferentes diretrizes clínicas, a eficácia e a segurança dos medicamentos utilizados para o tratamento de TDAH ainda são controversas. A decisão por iniciar tratamento farmacológico baseia-se, principalmente, na gravidade dos sintomas, na presença de comorbidades e no período do dia em que o alívio de sintomas é necessário. A terapia medicamentosa frequentemente envolve a escolha entre um medicamento estimulante ou não estimulante e seu uso geralmente é a longo termo.

Existem evidências de que o tratamento farmacológico resulta em melhores desfechos clínicos em crianças e adultos. Em revisão sistemática com meta-análise em rede sobre a eficácia comparativa e a segurança de diferentes medicamentos para o tratamento de TDAH, os autores concluíram que a evidência apoia o uso de metilfenidato em crianças e adolescentes e de estimulantes em adultos.

Como mencionado anteriormente, ainda não existe PCDT para diagnóstico e tratamento do TDAH. Este protocolo se encontra em fase de elaboração pelo Ministério da Saúde. Atualmente, existem para os indivíduos com esta doença, no âmbito do SUS, os procedimentos de psicoterapia individual ou em grupo. Estes não possuem CID atrelado e não definem a abordagem a ser adotada, ficando a cargo do terapeuta. O tratamento farmacológico, embora disponível no País, ainda não havia sido demandado.

No Brasil, cloridrato de metilfenidato (MPH) e dimesilato de lisdexanfetamina (LDX) são os tratamentos atualmente aprovados pela ANVISA para o tratamento de TDAH. Dada a incerteza clínica acerca de sua segurança e eficácia para a terapia desta condição em pacientes pediátricos (> 6 anos), o presente relatório tem como objetivo avaliar estas duas tecnologias quanto à sua segurança, eficácia, custo-efetividade e seu impacto orçamentário no contexto do SUS. **(Relatório de recomendação nº 601 – Lisdexanfetamina e metilfenidato para o tratamento do TDAH em crianças e adolescentes entre 6-17 anos. CONITEC, março/2021)**

Apesar da extensa pesquisa sobre estratégias de tratamento para irritabilidade e agressão no **Transtorno de conduta (TC)**, as conclusões ainda são incertas. Intervenções psicossociais multicomponentes, incluindo sessões orientadas ao paciente, sessões familiares, intervenções na escola, baseadas em práticas comportamentais cognitivas, devem ser a opção de tratamento de primeira linha, a saber, quando a dimensão irritável é predominante. Quando as intervenções psicossociais não são eficazes, ou quando o paciente persistentemente não é compatível, a farmacoterapia pode ser considerada como um tratamento complementar, embora as evidências de estudos sobre tratamentos farmacológicos estejam longe de serem definitivas.

Vários medicamentos foram explorados para o tratamento da agressão no TC, com graus variados de eficácia, mas as evidências são limitadas por armadilhas graves. Os dados confirmam a eficácia dos antipsicóticos de segunda geração (ASGs) e dos estimulantes, com evidências muito menos robustas dos estabilizadores de humor e agentes alfa-adrenérgicos.

Antipsicóticos: Embora a pesquisa disponível apoie a eficácia e a efetividade dos antipsicóticos de segunda geração (ASGs), efeitos colaterais significativos limitam fortemente seu perfil de segurança. O uso a curto prazo de antipsicóticos é geralmente a chave para evitar os efeitos colaterais metabólicos. Uma revisão abrangente, incluindo 10 ensaios (2000–2014), com qualidade baixa a média, com um total de 896 jovens com idades entre 5 e 18 anos, relatou eficácia limitada

na agressão e conduziu problemas a curto prazo (4-10 semanas). A risperidona é a ASG mais extensivamente estudada para agressão em TC e TDO, assim como em outros diagnósticos (TDAH, Transtornos do Espectro do Autismo), com bom tamanho de efeito. O estudo da TOSCA descobriu que a risperidona adicionada aos estimulantes (e treinamento dos pais) era superior à 'terapia básica' (estimulantes e treinamento dos pais) na redução da gravidade da agressão entre colegas, com um grande efeito na agressão física e na agressão a objetos. O aripiprazol, a quetiapina e a clozapina são suportados por ensaios controlados de baixa qualidade ou estudos abertos.

**Medicamentos estimulantes:** Os estimulantes são o padrão-ouro no gerenciamento não apenas dos principais sintomas do TDAH, mas também da agressão na comorbidade TDAH + TDO/TC, tanto para a agressão aberta quanto para a secreta. O tamanho médio ponderado do efeito foi de 0,84 para agressão aberta e 0,69 para agressão encoberta. Uma outra revisão sistemática e metanálise com evidências de alta qualidade, incluindo 20 ensaios clínicos randomizados, indicaram que os psicoestimulantes têm um efeito moderado a grande no comportamento de oposição, problemas de conduta e agressão em jovens com TDAH, com e sem TDO ou TC, com um tamanho de efeito de 0,84 (IC95% 0,59-1,10) nas medidas dos professores e de 0,55 (IC95% 0,36-0,73) nos problemas de oposição/conduta e agressão classificados pelos pais. No entanto, apenas dois desses estudos incluíram indivíduos com diagnóstico primário de TC.

**Outros medicamentos:** Enquanto algumas evidências limitadas estão disponíveis no lítio em irritabilidade episódica e agressão afetiva e impulsiva, não há dados disponíveis no TC com irritabilidade crônica ou agressão predatória. De acordo com uma metanálise, a proporção ímpar de resposta ou remissão foi de 4,56 ( $p < 0,001$ ), com baixo nível de evidência. Os dados sobre o Divalproato sódico são limitados e baseados em agressões e ataques de raiva em populações mistas, predominantemente com instabilidade de humor, com uma proporção ímpar de status de resposta de 14,6 (IC 95% 3,25 a 65,61; I2 = 33%,  $p < 0,001$ ), com um baixo nível de evidência. Clonidina é um agente alfa-adrenérgico usado no TDAH, síndrome de Tourette e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Evidências de qualidade muito baixa mostram um pequeno efeito sobre problemas de conduta em jovens com TDAH, com e sem TDO ou TC. A diferença média padronizada entre clonidina e placebo para comportamentos de oposição e problemas de conduta foi de 0,27 (IC 95% 0,04 a 0,51,  $p = 0,02$ ). (**Recommendations for the pharmacological management of irritability and aggression in conduct disorder patients.** Pisano S, Masi G. Expert Opin Pharmacother. 2019 Oct 30:1-3)

Segundo laudo médico o requerente está em uso de metilfenidato (Ritalina) e risperidona, com controle parcial e um pouco de melhora da concentração.

### **III - Informações sobre o(s) medicamento(s), exame(s) ou procedimento(s) solicitado(s), especialmente sua indicação terapêutica, dosagem, eficácia, se tem caráter experimental, efeitos adversos e imprescindibilidade no tratamento da patologia e se é a única opção;**

A **Risperidona** (princípio ativo) é um antagonista seletivo das monoaminas cerebrais, com propriedades únicas. Ele tem uma alta afinidade pelos receptores serotoninérgicos 5HT2 e dopaminérgicos D2. Risperidona liga-se igualmente aos receptores alfa-1 adrenérgicos e, com menor afinidade, aos receptores histaminérgicos H1 e alfa-2 adrenérgicos. Risperidona não tem afinidade pelos receptores colinérgicos. Apesar de Risperidona ser um antagonista D2 potente, o que é considerado como ação responsável pela melhora dos sintomas positivos da esquizofrenia, o seu efeito depressor da atividade motora e indutor de catalepsia é menos potente do que os neurolépticos clássicos. O antagonismo balanceado serotoninérgico e dopaminérgico central pode reduzir a possibilidade de desenvolver efeitos extrapiramidais e estende a atividade terapêutica sobre os sintomas negativos e afetivos da esquizofrenia. A Risperidona é indicada no tratamento de uma ampla gama de pacientes esquizofrênicos incluindo: - a primeira manifestação da psicose - exacerbações esquizofrênicas agudas - psicoses esquizofrênicas agudas e crônicas e outros transtornos psicóticos nos quais os sintomas positivos (tais como alucinações, delírios, distúrbios do pensamento, hostilidade, desconfiança), e/ou negativos (tais como embotamento afetivo, isolamento

emocional e social, pobreza de discurso) são proeminentes. - alívio de outros sintomas afetivos associados à esquizofrenia (tais como depressão, sentimentos de culpa, ansiedade). - tratamento de longa duração para a prevenção da recaída (exacerbações agudas) nos pacientes esquizofrênicos crônicos. Risperidona é indicada para o tratamento de curto prazo para a mania aguda ou episódios mistos associados com transtorno bipolar I. Risperidona é indicada para o tratamento de transtornos do comportamento em pacientes com demência nos quais os sintomas tais como agressividade (explosão verbal, violência física), transtornos psicomotores (agitação, vagar) ou sintomas psicóticos são proeminentes. Risperidona também pode ser usado para o tratamento de irritabilidade associada ao transtorno autista, em crianças e adolescentes, incluindo sintomas de agressão a outros, auto agressão deliberada, crises de raiva e angústia e mudança rápida de humor. Não há experiência em crianças com menos de 5 anos de idade. Com base na ampla experiência clínica, incluindo os tratamentos de longa duração, pode-se afirmar que Risperidona é geralmente bem tolerada. Em muitos casos foi difícil diferenciar as reações adversas dos sintomas da própria doença. As reações adversas mais frequentemente associadas à Risperidona nos estudos clínicos são as seguintes: Comuns: insônia, agitação, ansiedade e cefaleia. Menos comuns: sonolência, fadiga, tontura, dificuldade de concentração, constipação, dispepsia, náusea/vômito, dor abdominal, visão turva, priapismo, distúrbios da ereção, ejaculação e orgasmo, incontinência urinária, rinite, rash cutâneo e outras reações alérgicas. Hiperglicemia e exacerbação de diabetes preexistente têm sido relatadas raramente durante o tratamento com Risperidona. Efeitos extrapiramidais: Risperidona apresenta uma menor propensão a induzir efeitos extrapiramidais do que os neurolépticos clássicos. Em alguns casos podem ocorrer os seguintes sintomas extrapiramidais: tremor, rigidez, hipersalivação, bradicinesia, acatisia e distonia aguda. Eles são geralmente de leve intensidade e reversíveis com a redução das doses e/ou a administração de medicação Antiparkinsoniana, se necessário. Hipotensão (ortostática) e taquicardia (reflexa) ou hipertensão: ocasionalmente, estes sintomas foram relatados após a administração de Risperidona. Hiperprolactinemia: Risperidona pode induzir um aumento dose-dependente na concentração plasmática de prolactina, que pode ocasionar galactorreia, ginecomastia, distúrbios do ciclo menstrual e amenorreia. Ganho de peso: foram observados ganho de peso, edema e níveis aumentados de enzimas hepáticas durante tratamento. Eventos adversos vasculares cerebrais: eventos adversos vasculares cerebrais, incluindo acidentes vasculares cerebrais e episódios de isquemia transitória foram observados durante o tratamento. Intoxicação hídrica: como acontece com os neurolépticos clássicos, casos ocasionais de intoxicação hídrica devido ou à polidipsia ou síndrome da secreção inadequada de hormônio antidiurético foram relatados em pacientes esquizofrênicos. Outras reações: discinesia tardia, síndrome neuroléptica maligna, desregulação da temperatura corporal e convulsões também foram relatados em pacientes esquizofrênicos. Tem sido reportada uma diminuição moderada na contagem de neutrófilos e/ou trombócitos.

**IV - Tratando-se de medicamento, deverá referir-se também a classe medicamentosa do fármaco e seu registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);**

A Risperidona (neuroléptico) está registrada na ANVISA.

**V - Se há risco iminente à vida do paciente;**

Não há dados clínicos que indiquem risco iminente à vida do paciente.

**VI - Se o paciente está sendo atendido pela rede pública de saúde local ou se a procurou anteriormente;**

O paciente está sendo atendido pela rede pública de saúde.

**VII - Se o pedido do autor é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em qualquer esfera, considerando especialmente, no caso de fármacos, os Programas de Medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus Protocolos Clínicos e a eficácia dos remédios disponibilizados na rede pública;**

A Risperidona está padronizada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME 2020), sob o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), oferecida através de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo (Portaria GM/MS nº 324, de 31 de março de 2016), Esquizofrenia (Portaria SAS/MS nº 364, de 09 de abril de 2013), Transtorno Esquizoafetivo (Portaria SAS/MS nº 1203, de 04 de novembro de 2014), Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I (Portaria SAS/MS nº 315, de 30 de março de 2016) para portadores de CID10: F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F25.0, F25.1, F25.2, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.6, F31.7, F84.0, F84.1, F84.3, F84.5, F84.8.

**VIII - Indicar, quando possível, qual o ente público responsável pelo atendimento do paciente, segundo as normas do Sistema Único de Saúde (SUS);**

A Risperidona, conforme Portaria GM/MS nº 1554, faz parte do grupo 1B: medicamentos financiados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde para tratamento das doenças contempladas no CEAF.

**IX - Sugerir medicamentos ou tratamentos similares ao requerido, preferencialmente existentes no Sistema Único de Saúde (SUS) obrigatoriamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de comprovada e equiparada eficiência ao requisitado judicialmente, com a mesma comodidade de uso e comparação de custo orçamentário;**

A RENAME 2020 tem padronizado no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) medicamentos antidepressivos (Amitriptilina, Clomipramina, Nortriptilina, Fluoxetina), antipsicóticos (Clorpromazina, Haloperidol), anticonvulsivantes (Carbamazepina, Fenitoína, Fenobarbital, Valproato de Sódio), ansiolíticos (Clonazepam, Diazepam), estabilizador do humor (Carbonato de Lítio).

**X - Em caso de pedido de medicamento genérico, observar se a prescrição utilizou-se da legislação vigente e se existe possibilidade de substituição;**

A Risperidona tem genérico. Preço conforme tabela CMED/ANVISA (PF: preço de fábrica; PMC: preço máximo ao consumidor, PMVG: preço máximo de venda ao governo).

- RISPERIDONA (NOVARTIS BIOCIENCIAS S.A) 2 MG COMPRIMIDO REVESTIDO X 30. PF: R\$ 25,80, PMC: R\$ 35,67, PMVG: R\$ 16,80.

**XI - Conclusão favorável ou desfavorável ao pedido.**

Considerando que o paciente está sendo atendido pelo SUS.

Considerando que Risperidona está padronizada na RENAME 2020, sob o CEAF, oferecida através de PCDTs, para portadores de CID10: F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F25.0, F25.1, F25.2, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.6, F31.7, F84.0, F84.1, F84.3, F84.5, F84.8, doenças diferentes das apresentadas pelo paciente.

Considerando que a RENAME 2020 tem padronizado no CBAF medicamentos antidepressivos (Amitriptilina, Clomipramina, Nortriptilina, Fluoxetina), antipsicóticos (Clorpromazina, Haloperidol), anticonvulsivantes (Carbamazepina, Fenitoína, Fenobarbital, Valproato de Sódio), ansiolíticos (Clonazepam, Diazepam), estabilizador do humor (Carbonato de Lítio).

Considerando as evidências científicas indicadas nos itens II e III, bem como a ausência de informações sobre tratamentos anteriores.

Em face ao exposto, este Núcleo de Apoio Técnico é desfavorável ao pedido de Risperidona.